

ПОГРАНИЧНАЯ ЛИЧНОСТНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ И ЕЕ УЧЕТ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

*Уральский государственный университет им. А.М. Горького,
ГУЗ ДБВЛ «Научно-практический реабилитационный центр
«Бонум», г. Екатеринбург*

Патология личностной организации или, клинически, пограничное расстройство личности, в последние два десятилетия привлекает к себе внимание клинических психологов, психиатров, нейропсихологов, специалистов по психосоматике.

Этиология данного расстройства изучена лишь частично, однако установлено, что генетические факторы и травмирующие события в детстве способствуют развитию заболевания. Частота встречаемости среди взрослого населения случаев пограничного личностного расстройства варьирует от 1,0% до 8,0% в Соединенных Штатах и Западной Европе. Выявлено также, что данное расстройство более характерно для женщин, чем для мужчин (при соотношении 70,0% и 30,0% соответственно). Согласно исследованию детей и подростков, 11,0% случаев было диагностировано в возрастной группе от 9 до 19 лет, и 7,0% — 8,0% — в возрастной группе от 11 до 21 года, со значительным преобладанием девочек.

Пограничная личностная организация характеризуется навязчиво повторяющейся нестабильностью аффективной регуляции, чрезмерной импульсивностью, сложностью выстраивания межличностных отношений и образа своего «я». Другой стороной «пограничной личности» является серьезное психосоциальное расстройство и высокий уровень смертности, связанной со склонностью к суициду (до 10% пациентов заканчивают жизнь самоубийством, что в 50 раз превышает уровень всего населения). Очевидно, что данная группа пациентов требует длительного лечения, она является более ресурсно и энергозатратной, чем другие категории пациентов психиатрической, соматической и хирургической клиник.

При постановке диагноза «пограничное личностное расстройство», обычно учитывают 9 критериев, представленных в DSM IV, согласно которой оно является разновидностью эмоционально неустойчивых личностных расстройств. Критерии, в свою очередь, можно представить в виде четырех категорий патологических симптомов. Пограничное личное расстройство диагности-

руется при наличии симптомов, одновременно относящихся ко всем четырем категориям, что позволяет отличить его от других форм личностных расстройств.

Таблица 1

Категории патологических симптомов при ПЛР

Аффективные нарушения	Когнитивные расстройства	Деструктивное поведение	Нестабильность отношений
Эпизоды дисфории высокой интенсивности, в форме аверсивного напряжения, для которых характерны ярость, печаль, стыд, паническое состояние, ужас, а также хроническое ощущение пустоты и одиночества. Отличие от других групп лиц, страдающих личностными расстройствами, заключается, в целом, степенью эмоциональной боли различной окраски. Чрезмерная реактивность фона настроения, при которой пациенты переходят от одного межличностного реактивного настроения к другому с большой быстротой и легкостью, испытывая по несколько эпизодов дисфории за день	Пациенты демонстрируют 3 уровня когнитивной симптоматики: нарушения непсихотического плана, такие как гипертрофированное представление о собственной порочности, ощущения диссоциации, связанные с деперсонализацией и дереализацией, и подозрительность без бредовых проявлений и идеи отношения; Квази-психотические и психотические симптомы, т.е. преходящие, ограниченные и определенным образом основанные на реальности иллюзии и галлюцинации; Истинные или реальные иллюзии и галлюцинации. Последняя категория проявляется в контексте психотической депрессии. Считается, что серьезные нарушения идентичности относятся к когнитивной сфере, т.к. они основаны на серии ложных представлений, таких как, к примеру, пациент считает себя хорошим одну минуту, в следующую — плохим	Импульсивность, которая включает в себя два вида: намеренно физически деструктивное поведение, направленное на себя, и более генерализованная форма импульсивности. Самоповреждающее поведение, суицидальная коммуникация и попытки суицида представляют собой элементы первого вида, тогда как рас пространенными формами второго являются различные проявления зависимости, нарушение пищевого поведения, вербальные выплески и безрас судное поведение за рулем	Крайняя нестабильность в отношениях, характеризующаяся двумя отдельно стоящими, но перекликающимися друг с другом проблемами. Первая из них — страх быть покинутым, который выражается отчаянными попытками не оставаться в одиночестве, к примеру, с помощью постоянных звонков по телефону или попыток удержать человека рядом физически. Вторая — склонность прерывать отношения, в которых отмечаются многочисленные ссоры, повторные разрывы и неадекватные стратегии поведения, раздражающие и отпугивающие партнера

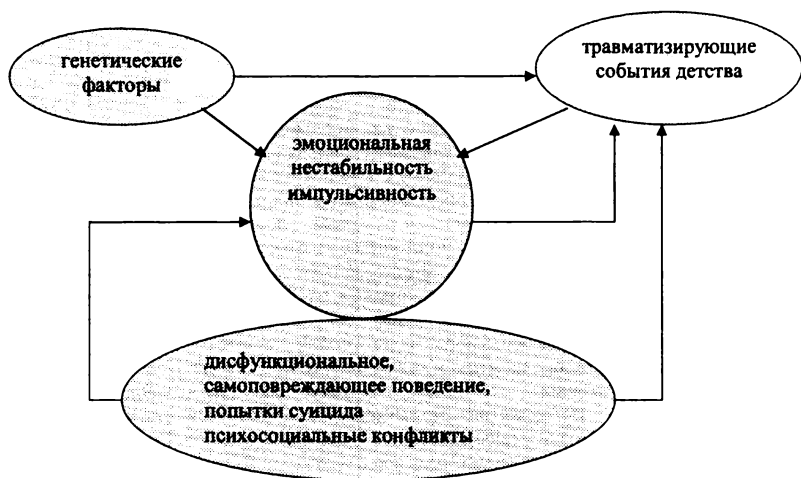
ПРЛ коморбидно с другими психиатрическими диагнозами: у 41–83% таких пациентов в анамнезе встречается депрессия и другие расстройства I типа по DSM, а именно: у 12–39% — дистимия, 10–20 — биполярное расстройство, 64–66% — аддиктивное поведение, 46–56% — посттравматический синдром, 23–47% — социофобия, 16–25% — обсессивно-компульсивное расстройство, 31–48% — паническое расстройство, 29–53% —

расстройство пищевого поведения. Коморбидность по оси II включает следующие цифры: 43–47% — избегающее, 16–51% — зависимое и 14–30% — паранойальное личностное расстройство.

Тщательное клиническое исследование ПЛО и возможных коморбидных состояний очень значимо в начале лечения.

Причины возникновения ПЛР представлены на диаграмме 1 и включают в себя несколько факторов, которые взаимодействуют друг с другом.

Диаграмма 1



Генетические факторы и неблагоприятные события детства обуславливают эмоциональную нестабильность и импульсивность, приводящие к дезадаптивному поведению и психосоциальным конфликтам, которые, в свою очередь, вновь могут усиливать эмоциональную нестабильность и импульсивность. Однако статистические данные о роли генетических факторов крайне скудны. Лишь исследования на монозиготных и дизиготных близнецах позволяют выдвинуть предположение об устойчивом генетическом влиянии на формирование расстройства. В то же время мультимодальный генетический анализ черт характера у людей с личностными расстройствами выявил четыре фактора, основной из которых можно определить как эмоциональные расстройства и лабильность, при этом наследственность составляет 47,0%.

Многими пациентами отмечаются различные травмирующие события детства: повторяющиеся случаи заброшенности и абью-

са. Наиболее распространенным является сексуальный абьюс, о котором сообщают от 40,0% до 71,0% пациентов с диагнозом ПЛР. Степень остроты пограничного личностного расстройства напрямую связана с серьезностью причиненной травмы. Рассматривая данные два критерия вместе, некоторыми клиницистами было сделано предположение о том, что ПЛР можно рассматривать как разновидность хронического посттравматического синдрома. Однако научно верифицированных данных о том, что детский сексуальный абьюс является необходимым и/или достаточным условием возникновения и развития ПЛР, не существует. Имеют значимость и другие события детства, такие как трудности формирования стабильной привязанности, что связано со страхом потери первичной фигуры. Вместе с тем пока неясно, являются ли трудности формирования привязанности причиной или следствием эмоциональной неустойчивости и импульсивности, характерных для данного вида личностных расстройств.

Наибольшая трудность для диагностики ПРЛ в психиатрии или ПЛО в клинической психологии обусловлена отсутствием достаточно точного разделения понятий «индивидуальность» и «личностные черты индивида». Это проблема не только теоретического характера. Практическая значимость, например, связана с ответом на вопрос: «Означает ли изменение структуры личности изменение самого индивида, значит ли это, что он превращается в другого человека?» Можно предположить, что пациенты с ПРЛ будут испытывать не только страх, возникающий от того, что в ходе лечения ими будут управлять и воздействовать на их мысли, но также страх потери собственной идентичности.

В обсуждении ПРЛ важным аспектом становится разграничение между юридически нарушенным и морально неподобающим поведением. Психиатры, юристы и простые обыватели, скорее всего, разойдутся во мнениях, пытаясь определить границу между злом и патологией. Рассматривая данную проблему в концептуальном свете, можно отметить, что индивид может быть порочным, тогда как личность с расстройством — нет. Таким образом, моральное поведение может быть применимо к индивиду, но не к характеру или личности.

Какой представляется нам личность в психотерапии личностных расстройств? Концепция идентичности рассматривается в двух ракурсах: идентичность как единичность (численная идентичность) и идентичность как ряд качеств, дающих возможность классифицировать индивида посредством его принадлежности к определенной группе (качественная идентичность). Единичность определяет уникальность. Уникальность, в свою очередь, основывается на понятии дискретности: существует

только один такой индивид. Качественная идентичность позволяет считать личность личностью, т.к. она определяет те качества, которые являются общими для всего человечества. Для обозначения данного типа идентичности Рикер (1992) ввел понятие *idem-идентичность*, тогда как индивидуальность и самоотношение были определены им как *ipse-идентичность*. Различные формы самоотношения отражают различные фазы развития. В конце концов возникает строго дифференцированная картина отношения индивида к самому себе, включающая в себя множество функций, наклонностей, отношений, схем и т.д. Таким образом, следует пересмотреть разделение личности и ее ролей. Было бы упрощением сказать, что мы являемся индивидами и обладаем личностью. Разделение данных понятий и вытекающая отсюда дихотомия зла и патологии предполагает инструментальный подход к пониманию индивида, при котором индивид описывает собственную личность от третьего лица, и в котором личность рассматривается как проект, имеющий свое развитие и состояние исправности. Следует также пересмотреть понимание целого спектра поведенческих реакций, относящихся к личности. Некоторые из них нужно соотносить с понятием глубинного Я: к примеру, чувства стыда или собственной неполноценности; другие — больше соотносятся с привычками и предрасположенностями: например, импульсивность или аккуратность. Следовательно, критерии для диагностирования личностного расстройства должны рассматриваться с позиции различной перспективы или интервала по отношению к базовому, глубинному Я. Существует огромное многообразие способов самоотношения, которые зависят от того, как индивид себя позиционирует. Это, в свою очередь, определяется включенностью индивида в социальную матрицу, биофизическими и социоэкономическими факторами, культурными традициями и т.д. Возвращаясь к понятию личности и пониманию того, кем является индивид с личностным расстройством, следует обратиться к многоуровневому подходу к рассмотрению личности.

Учитывая все вышеизложенное и возвращаясь к вопросу пограничного личностного расстройства в контексте пограничной личностной организации, следует заметить, что расстройства кластера В по DSM-IV являются изначально моральными категориями и потому требуют соответствующего лечения и отношения. Рассматривая устойчивые поведенческие паттерны, данные категории являются эмпирически валидными, что предполагает вероятность прогнозирования возможного поведения пациента с пограничным личностным расстройством. При этом такое поведение может рассматриваться преимущественно не

с клинической, а с моральной точки зрения. Возникает вопрос о рассмотрении личностных расстройств как моральных или клинических патологий, а также о том, являются ли данные понятия взаимоисключающими. С точки зрения Louis C. Charland (2006), нельзя рассматривать моральную составляющую и клинические проявления как взаимоисключающие явления (например, пациент с сердечно-сосудистой патологией одновременно может быть вором и лжецом). Таким образом, при работе с данной категорией пациентов необходимо учитывать моральную составляющую, поскольку мы имеем дело с поведенческими, а не физиологическими реакциями.

Одним из ключевых поведенческих проявлений в случае пограничной личности является ее манипулятивное поведение, которое в одних случаях выступает как дисфункция или патология, а в других — как морально неприемлемое поведение.

В литературе описаны типичные проявления манипуляции у пациентов с пограничным личностным расстройством (Peggy & Klerman, 1980):

Их поведение считалось неприемлемым для клинической беседы. Они мешали проведению интервью, задавая не относящиеся к делу вопросы, вскакивая со стула и пересаживаясь на другое место или отказываясь отвечать на вопросы. Они вели себя подчеркнуто агрессивно, выражая гнев по отношению ко всему и всем, в том числе и психологу. Они вели себя раздражительно, высказывая их были полны сарказма, они готовы были спорить по любому поводу. Вместо такта и элементарной вежливости они демонстрировали требовательность и настойчивость, пытаясь манипулировать интервьюером для удовлетворения собственных желаний и потребностей.

Бауерс (Bowers, 2003) предлагает определение манипулятивного поведения как действия, целью которого является достижение желаемой цели (адекватной или неадекватной, реальной или символической), используя обман, принуждение или мошенничество без принятия во внимание интересов и потребностей используемых в процессе людей.

Согласно Гундерсону (Gunderson, 1984), индивидами используются скрытые, завуалированные способы, позволяющие контролировать или получить поддержку значимого другого. Распространенным способом являются соматические жалобы, провокации, обманчивые заявления и самоповреждающие действия.

Другие исследователи классифицируют манипуляцию как вид скрытой или косвенной агрессии. При этом агрессия замаскирована и ее можно определить как «ответную реакцию, целью

которой является причинение вреда другому». (Kaukianen et al., 2001). Примеры скрытой агрессии включают в себя: неприязненные взгляды и жесты, поведение, демонстрирующее нежелание общаться, намеренное прерывание собеседника, имитация походки другого человека, его речи или жестов в уничижительной манере, отказ слушать другого человека и намеки на то, что человек психически нездоров.

Существует несколько способов рассмотрения манипулятивного поведения применительно к пациентам. Одним из них является нежелание подчиняться и следовать традиционно предписанной роли пациента, предполагающей подчинение, выполнение указаний врача и некоторое положение унижения. Таким образом, в данном контексте манипуляцию можно понимать как желание исследовать границы дозволенного в ситуации общения с терапевтом и попытку договориться о некотором сдвиге социальных ролей, чтобы не чувствовать себя беспомощным существом, за которым ведется наблюдение. Другой подход состоит в том, чтобы разграничить повседневную и патологическую манипуляцию и выявить те формы манипуляции, которые можно назвать дисфункциональными или дезадаптивными. Многие клиницисты в своих описаниях пограничного личностного расстройства определяют такое манипулятивное поведение как дезадаптивное. Иными словами, поведение пациентов с ПРЛ чаще рассматривается как намеренно злостное, а не с позиции поведения больного человека.

Рассмотрим еще одно определение манипуляции. Согласно Миллсу (Mills, 1995), манипуляция является целью достижения изменения внутреннего состояния другого; она скрытым образом действует на наши убеждения и желания, и особенно на наши эмоции. Благодаря манипуляции убеждения и желания не возникают у человека, естественным образом вытекая из предыдущего жизненного опыта и ранее сформированных убеждений и желаний, а продуцируются, некоторым образом игнорируя все нормальные когнитивные и аффективные процессы. Если бы клиницисты пользовались данным определением, манипулятивным считалось бы только то поведение, которое косвенным образом действует на уровне убеждений и желаний другого.

Возможно, предыдущее определение слишком обобщает понятие манипуляции. Попробуем дать еще одно. По мнению Поттер (Potter, 2006), манипуляция — это поведение, драматизирующее или гипертрофирующее испытываемую манипулятором потребность или эмоцию, и способ обнаружения и воздействия на уязвимую область другого. Воздействие происходит косвенным образом, т.к., вместо того чтобы выразить

свою потребность словами, манипулятор находит такой способ усиления эмоционального воздействия на другого, чтобы получить желаемый результат. При этом он не обманывает другого, а просто максимально эксплуатирует его потребностно-эмоциональную сферу. При этом эмоциональный накал речи настолько велик, что становится невозможным вести диалог в более разумном русле. Слушатель чувствует себя обманутым, т.к. существует негласная необходимость принимать своего собеседника всерьез, несмотря на гипертрофированность выражаемой эмоции или потребности.

Возвращаясь к пациентам с ПЛО, отметим, что их не следует обвинять в манипулятивном поведении до тех пор, пока терапевтический результат не позволит им обнаружить в себе признаки манипулятивного поведения и найти ресурсы, чтобы справиться с ним. С другой стороны, одним из типичных проявлений манипуляции у пограничной личности является попытка построить отношения. Парадоксальным образом наиболее значимой потребностью у таких индивидов является потребность в близких отношениях со значимым другим, но при этом проявления манипуляции, как правило, отпугивают партнера. Однако многие авторы считают, что манипуляция, в этом случае, связана с неспособностью и невозможностью выразить свою потребность во внимании, а иногда и неопределенностью испытываемых пациентом чувств и желаний. Таким образом, несмотря на очевидные трудности в построении отношений с такими пациентами, не следует изначально рассматривать характер пациента как порочный и аморальный. Ясность и осознанность в применении термина «манипуляция» призваны помочь в понимании моральной составляющей личностного расстройства и максимальной объективации отношения к пациенту.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder — introduction. *Am J Psychiatry* 2001; 158:2.
2. *Baron M.* Manipulativeness. Proceedings and addresses of the American Philosophical Association. 2003; 77, 37–54.
3. *Charland L.C.* Moral nature of the DSM-IV Cluster B personality disorders; *J. Personal Disord* 2006; 20(2), 116–125.
4. *Glas G.* Person, personality, self, and identity: a philosophically informed conceptual analysis. *J. Personal Disord* 2006; 20(2), 126–138.
5. *Potter N.N.*, PhD What is manipulative behavior, anyway? *J Personal Disord* 2006; 20(2), 139–156.

6. *Scheirs J.G.M., Bok S.* Psychological distress in caregivers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International J of Social Psychiatry*. 2007; 53; 195.

7. *Swartz M.S., Blazer D., George L., Winfield I.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990; 4:257–72.

8. *Torgersen S., Kringle E., Cramer V.* The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:590–96.

9. *Wheelis J. & Gunderson J.* A little cream and sugar: psychotherapy with a borderline patient. *Am J Psychiatry*. 1998; 155; 114–122.

10. *Winston A.P.* Recent developments in borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000; vol.6, pp. 211–218.